10

Zur Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

der medicinischen Facultät

der Grossherzogl. Herzogl. Sächsischen Gesammt-Universität Jena

vorgelegt von

Benno Büttner,

Königlich preussischem Kreis-Wundarzt

in Wünschelburg in Schlesien.

Jena,

Frommann'sche Buchdruckerei

(Hermann Pohle)

1887.

Genehmigt von der medicinischen Facultät zu Jena auf Antrag des derzeitigen Decans derselben

Dr. B. S. Schultze.

Jena, im April 1887.

Solange eine Operation noch neu ist, pflegt man die operirten Fälle möglichst vollständig zur allgemeinen Kenntniss zu bringen. Dieser Brauch hat seine hohe Berechtigung, denn nur auf diesem Wege kann die Indikationsstellung in Rücksicht auf verwandte Operationen richtig begrenzt und die Technik zu möglichster Vollkommenheit gebracht werden.

Die vaginale Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus ist eine solche neue Operation, und ich leiste durch Publikation einiger mittelst derselben operirter Fälle nur einer Aufforderung Folge, welche B. S. Schultze [1]) vor mehr als einem Jahre in seiner Arbeit „Ueber Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus" an die Collegen richtete.

Die grosse Verbreitung des Carcinoma uteri und die Schwere der Affektion drängen uns dazu, immer und immer wieder darauf hinzuweisen, dass die Mehrzahl der Fälle zu spät zur Kenntniss des Fachmannes

---

1) Deutsche Medic. Ztg., Heft 61 (Geburtsh. 6), p. 79, Berlin 1885.

gelangt, als dass noch an eine Radikaloperation gedacht werden könnte.

Schultze beobachtete in 5 Jahren (1880—1884) 121 Uteruscarcinome. Unter diesen befanden sich nur 16, bei welchen noch eine Radikaloperation vorgeschlagen werden konnte. Dreimal wurde dieselbe abgelehnt, fünfmal wurde Totalexstirpation, achtmal wurden andere Radikaloperationen ausgeführt.

Schröder hat in 7 1/2 Jahren 812 Fälle von Uteruscarcinom registrirt und nur bei 160 von ihnen war die Möglichkeit einer Radikaloperatien vorhanden.

Mit Recht hebt Schultze hervor, dass der Arzt nur zum Theil schuld an diesem Uebelstande ist, wenn auch leider nicht abgeleugnet werden kann, dass ihn mancher Vorwurf trifft.

Eine grosse Anzahl der mit Carcinom behafteten Frauen kommt nur deshalb zu spät in die geeignete Behandlung, weil ein sehr wenig angebrachtes Schamgefühl sie abhält, dem Arzt sich rechtzeitig vorzustellen.

Ein anderer Theil der Schuld muss dem fast symptomlosen Verlaufe der Anfangsstadien des Carcinoms beigemessen werden. Weder Schmerzhaftigkeit noch Blutungen, höchstens eine etwas auffallende Hypersekretion sind oft die ganzen Symptome im Anfange des schweren Leidens, und die Sorglosigkeit der Patientinnen wird noch erhöht durch die so weit im Volke, ja selbst in besseren Ständen verbreitete Meinung, dass der Eintritt des Klimakteriums mit allen möglichen Nebenerscheinungen und Unregelmässigkeiten, namentlich

was die Genitalblutungen betrifft, verknüpft sei, denen aber sonst keine ernstere Bedeutung beigemessen zu werden braucht.

Es verhält sich hier genau wie zur Zeit des „Zahnens“ der Kinder. Der Organismus ist in höherem Grade zu Erkrankungen disponirt. Während nun zu einer solchen Zeit schon geringere Krankheitssymptome die Aufmerksamkeit auf sich lenken sollten, geschieht gerade das Gegentheil, dass nämlich die heterogensten schwersten Krankheitserscheinungen mit grosser Ruhe wahrgenommen werden, weil sie sich auf das Zahnen in dem einen Falle, in dem anderen auf die „Veränderung“ beziehen lassen.

Und dabei ist doch die in Rede stehende Erkrankung so erschreckend häufig.

Schultze berichtet in der oben citirten Arbeit, dass von allen Frauen, welche nach zurückgelegtem 20. Jahre sterben, 2,5 Procent, d. i. 25 ⁰/₀₀ an Carcinoma uteri zu Grunde gehen. Er entnimmt diese Zahl jener umfangreichen, anerkannt wichtigen statistischen Erhebung Glatter's. Von 37,106 weiblichen Personen, welche in den 8 Jahren von 1862—69 in Wien nach zurückgelegtem 20. Lebensjahre gestorben sind, waren 937 an Gebärmutterkrebs zu Grunde gegangen.

Und zu dieser horrend hohen Ziffer liefert wieder die Zeit, wo das Klimakterium eintritt, das Hauptkontingent. Am besten lasse ich hier Schultze's eigene Worte folgen: „Von allen den Frauen, die vom 36. bis 60. Lebensjahre starben, starben 49 ⁰/₀₀ an Gebärmutter-

krebs, von denen, die vom 41. bis 55. starben, 56 $^0/_{00}$; in dem am meisten bedachten Lustrum vom 46. bis 50. Lebensjahre sogar 66,2 $^0/_{00}$. Rechtzeitige Diagnose würde diese Zahlen erheblich zu vermindern im Stande sein. Das muss die Aufmerksamkeit und das Gefühl der Verantwortlichkeit meines Erachtens schärfen."

Diese Zahlen sind geradezu erschreckend, jedoch hat Schröder sie in seinem Handbuch noch um das 15fache höher angegeben.

Schröder hat nämlich irrthümlich die Statistik Glatter's so aufgefasst, als bezögen sich die angegebenen Zahlen nicht auf Frauenspersonen, welche in den genannten Zeiträumen gestorben sind, wie Glatter als pathologischer Anatom sie zusammengestellt hat, sondern er giebt an, dass sie sich auf die ganze Anzahl derselben bezögen, welche in jenem Zeitraum überhaupt vorhanden waren, d. h. lebten.

Schultze eruirte nun, wie viel Frauen in den 5 Jahren vom 46. bis 50. Jahre überhaupt sterben von allen, welche in dem betreffenden Lustrum vorhanden sind, und gelangte zu der Durchschnittszahl 6,66. Von diesen starben erst 6,62 $^0/_0$ an Gebärmutterkrebs.

Die Glatter'schen Zahlen sind gross genug, dass man ihnen eine allgemeine Giltigkeit zusprechen und das Spiel des Zufalls als ausgeschlossen annehmen kann.

Die Durchschnittszahl, welche Schultze als Sterblichkeits-Koëfficienten des weiblichen Geschlechtes überhaupt in der bezeichneten Altersstufe giebt, ist auf

Zahlen begründet, deren Beweiskraft wohl Niemand in Frage stellen wird. Sie ist berechnet aus Werthen, welche die Existenzbedingungen von Versicherungsanstalten abgeben.

Es starben von den im Alter vom 46. bis incl. 50. Lebensjahre befindlichen weiblichen Individuen:

nach den Erfahrungen der Gothaer Bank (1829—1878)	6,06 °/₀
nach der Sterblichkeitsliste der allgemeinen Bevölkerung der Preussischen Wittwen-Verpflegungs-Anstalt (1776—1845) . .	6,37 „
nach der Sterblichkeitsliste der allgemeinen Bevölkerung in Preussen (1867—1877) .	6,87 „
nach den Erfahrungen der 20 englischen Lebensversicherungs - Anstalten (abgeschlossen 1863)	6,75 „
nach der englischen Bevölkerungstafel (1841 bis 1851)	7,28 „
Summa	33,33
Durchschnitt	6,66 „

Von diesen 6,66 starben nach Glatter 6,62 °/₀ an Gebärmutterkrebs.

Schultze's Exempel lautet:

$$100 : 6,66 = 6,62 : x$$

x ist gleich 0,440892 °/₀,

das heisst also von zehntausend im Alter vom 46. bis incl. 50. Lebensjahre vorhandenen weiblichen Personen starben 44 in den 5 Jahren an Carcinoma uteri. Wenn diese Zahlen auch nicht so hoch sind, wie die von

Schröder in seinem Lehrbuch gegebenen, so sind sie doch hoch genug, um, wie Schultze sagt, für die zwei um das klimakterische Alter gelegenen Decennien unsere Aufmerksamkeit für die frühen Symptome der Affektion zu schärfen. Es erwächst nun für die praktischen Aerzte die Aufgabe, dass jeder in seinem Kreise darauf hinwirke, dass jene Vorboten des Carcinoma uteri nicht von den Frauen selbst für gleichgiltig erachtet werden.

Wer schon dem Uterus-Katarrh als Quelle so mancher anderen Leiden die gebührende Beachtung schenkt, wird auch jenen Katarrh nicht übersehen, welcher zur Zeit des Klimakteriums als Initialsymptom des Carcinoms auftritt. Auch die Frauen gewöhnen sich sehr bald daran und kommen, wie die Erfahrung lehrt, dem Arzt in seinen heilsamen Bestrebungen entgegen, zumal gerade diese Form des Katarrhs meist recht erhebliche Beschwerden, wie Wundsein der äusseren Genitalien u. s. w., verursacht.

Nun wird freilich der Patientin sehr wenig genützt, wenn ohne weitere Diagnose Vaginalirrigationen angeordnet werden, wie das leider von den Kollegen so oft geschieht. Durch solche gerade im Falle des Vorhandenseins eines Carcinoms vollständig nutzlose Medicationen wird nur kostbare Zeit versäumt, in welcher noch eine Radikaloperation möglich wäre. Tritt nun gar noch die menstruelle Blutung atypisch auf, oder kehrt sie in gewohnter Weise wieder, nachdem schon längere Zeit Menopause bestanden hatte, so ladet der

Arzt schwere Verantwortlichkeit auf sich, wenn er nicht auf eine Untersuchung dringt. Gerade die letzte Form der Uterusblutung ist nicht selten und geeignet, die Frauen über die Gefahr hinwegzutäuschen, in welcher sie schweben. Sie halten es für ein Zeichen zurückgekehrter jugendlicher Frische und Rüstigkeit, gerade für ein Symptom der besten Gesundheit und versäumen es, den Arzt rechtzeitig zu Rathe zu ziehen.

Jede länger anhaltende Blutung, jede Atypie der Blutung zur Zeit des Klimakteriums, jede irgendwelche Blutung, welche nach schon eingetretener Menopause auftritt, erweckt den Verdacht auf ein Carcinoma uteri und indicirt dringend eine genaue Untersuchung.

Zur Diagnose genügt nur bei dem Cervix-Carcinom die einfache bimanuelle vaginale Palpation. Zur Diagnose des hohen Cervix-Carcinom ist oft schon eine Betastung von 3 Seiten her nöthig. Oft genügt schon die Einführung eines Fingers in das Rectum, des Daumens in die Vagina, um mit der von aussen her tastenden Hand das Nöthige zu ermitteln. Vollkommen gelingt dies mit 2 in das Rectum eingeführten Fingern in der angegebenen Weise in tiefer Chloroformnarkose. Die letztere Art der Untersuchung ist stets nöthig, wenn man entscheiden will, ob ein Carcinom noch exstirpirt werden kann oder nicht. Auf diese Weise wird es jedoch stets gelingen, festzustellen, ob ein Carcinom die von Schultze l. c. bezeichneten Grenzen für die Operation überschritten hat oder nicht.

Beim Carcinom des Corpus uteri endlich ist es nöthig, dass man die Cervix uteri mit Quellmitteln dilatirt und die Höhle des Uterus abtastet. Schultze verwendet dazu Laminariastifte, bei welchen die nächstfolgende Nummer von grösserem Umfange ist als die vorhergehende. Diese Art Diagnose ist zwar etwas umständlich, aber dafür exact und dem einfachen Curettement mit darauffolgender Untersuchung des Ausgeschabten stets vorzuziehen. Schultze berichtet über 2 Fälle, ja es sind deren eine ganze Anzahl in der Literatur bekannt, wo das zur Diagnose Ausgeschabte nichts von Carcinom enthielt und doch ein solches bestand.

Zur Vereinfachung der Dilatation sowie zur grösseren Sicherheit der Asepsis des blutenden Organs hat man stumpfe Dilatatoren in Stabform eingeführt (Hegar, Fritsch, Küstner, Schultze).

Durch Einführen immer dickerer Nummern gelingt es, mit diesem Instrumente in einer Sitzung den Uterus in Narkose so weit zu dilatiren, dass er abgetastet werden kann. Die Acten sind hierüber noch nicht geschlossen. Zu vermuthen ist, dass bei diesem brüskeren Verfahren es leichter zu Continuitätstrennungen in der Wand des Uterus kommen wird, als bei der allmählichen Dilatation durch Quellmittel. Periuterine Hämatome sind vielleicht häufiger nach einer brüsken Dilatation.

Verwechselt kann das Corpus-Carcinom und das hohe Cervix-Carcinom werden mit Adenomen, das viel

häufigere Carcinom der Portio vaginalis mit der papillären Erosion, vielleicht auch mit einem Lacerations-Ectropium; einige Zeit Beobachtung, sowie die mikroskopische Untersuchung lösen die Zweifel.

Können wir praktischen Aerzte wenigstens die Grenzen der Operirbarkeit eines Carcinoms bestimmen, so können wir den Patientinnen schon sehr viel nützen, wir können ihnen zum wenigsten manche weite Reise ersparen.

Erweist es sich als nicht operirbar, so wird palliativ weiter behandelt, wie man bisher dem Carcinom gegenüber verfuhr, erweist es sich noch als operirbar, so kann man erfolgreichere Schritte gegen das Leiden thun.

Bevor der Arzt jene oben gestellte mühsame Aufgabe übernimmt, das weibliche Krankenpublikum seiner Klientel so weit gynäkoligisch zu bilden, dass es die Vorboten des Krebses nicht unbeachtet lässt, bevor er, um diesen Zweck am besten zu erreichen, zunächst die Hebammen, weisen Frauen und anderen Pfuscherinnen über die Sachlage aufklärt und das Gewissen derselben zu wecken sucht, ist es vor Allem nothwendig, dass er selbst Vertrauen zur Radicaloperation fasse.

Man kann von den kranken Frauen nicht verlangen, dass sie sich von jener fatalistischen Unthätigkeit den genannten Symptomen gegenüber losreissen, in welche sie durch den Glauben gekommen waren, dass diese Symptome sich auf harmlose Affektionen bezögen, und falls Krebs zu Grunde liege, ja doch nicht zu helfen sei, solange der Arzt selbst noch dieser Ansicht huldigt.

Ausserdem schreckte die Furcht vor dem tödtlichen Ausgang der Operation selbst, welche bis vor Kurzem nicht unberechtigt war, so manche Patientin vor derselben ab. Ueber alle diese Punkte ist der Arzt jetzt in der Lage, die Kranke ein wenig ermuthigen zu können.

Nach der Statistik von Schröder und Braun[1]) sind doch schon 1 Drittel der Operirten nach 2 Jahren später noch gesund gefunden worden, und auch den übrigen, bei welchen Recidive eintraten, ist sicher das Leben um einige Zeit verlängert worden. Allen aber wurde eine Zeitlang ungetrübtes Wohlbefinden und die Hoffnung auf dauernde Heilung gewährt. Schon dies ist für die beklagenswerthen Kranken Gewinn.

Auch ist es für die Kranken sowohl, wie für die Umgebung als Vortheil zu betrachten, wenn die Kranke an inneren Recidiven zu Grunde geht, als an der jauchenden und stets stinkenden lokalen Affektion.

Sieht man auf der einen Seite nur Vortheil von der Operation für die Kranken im Falle der Genesung, so sind auf der anderen die Chancen für die Genesung bedeutend gestiegen, seit die vaginale Totalexstirpation in die Praxis Eingang gefunden hat. Bis dahin hatte man nur die Wahl zwischen der hohen Cervix-Amputation und der abdominalen Totalexstirpation von Freund mittelst Laparotomie.

Nach Hegar's Zusammenstellung betrug die Mor-

---

1) Siehe Schultze l. c.

talität der Freund'schen Operation 71 %, nach den ziemlich übereinstimmenden Zusammenstellungen von Hegar, Sänger und Schmidt betrug diejenige der vaginalen Totalexstirpation nur ca. 25 %.

Man wird also den letzteren Weg wählen, wenn man das Gleiche damit erreichen kann. Nach Schultze ist nicht grösserer Blutverlust, sondern das unvermeidliche Draussenliegen und die Beleidigung der Därme dasjenige, was die Prognose der Freund'schen Operation trübt.

Die Resultate der vaginalen Totalexstirpation quoad vitam, wie quoad recidivum werden noch viel besser werden, wenn durch die oben charakterisirte Thätigkeit meiner praktischen Collegen die Kranken früher zur Operation kommen als bisher, so dass die Grenzen, welche Schultze für diese Operation gesetzt hat, innegehalten werden können.

Schultze hat diese Grenze 2mal überschritten, und das waren seine beiden einzigen Todesfälle; aber eben dadurch hat er die Grenze kennen gelernt. Auch das Recidiv wird sicherer auszuschliessen sein, wenn man sicherer im Gesunden das Carcinom umschneiden kann.

Die Grenze nach oben ist nämlich nach Schultze dann noch nicht überschritten, wenn man die Gefässe des Ligamentum latum so unterbinden kann, dass man 1 cm weit vom Carcinom lateralwärts im Gesunden dasselbe umschneiden und noch eben so viel Gewebe peri-

pher von der Ligatur zurücklassen kann, dass der Ligaturfaden nicht abgleitet.

Diese günstigen Umstände treffen sehr häufig für das Corpuscarcinom zu, da gerade bei diesem die Verbreitung in das Ligamentum latum hinein eine geringe ist; selten findet sich ein ähnliches Verhalten beim Carcinom der Portio vaginalis, noch seltener beim hohen Cervixcarcinom. Schultze u. A. haben daher auch bei Carcinom des Corpus uteri die Totalexstirpation des Organs per vaginam vorgenommen. Ja Schultze würde eventuell die vaginale Amputation des Corpus uteri, falls der Umfang desselben es gestattet, unter Zurücklassen der Cervix uteri vornehmen, falls sich ein Fall findet, wo die letztere vollkommen frei ist, bloss um die Operation noch weniger eingreifend zu machen.

Die Erwartungen, dass diese vaginalen Exstirpationen wegen Corpuscarcinom jene günstige Prognose, welche uns nach der vorliegenden Erfahrung quoad vitam nicht abgesprochen werden kann, auch quoad recidivum rechtfertigen, haben sich leider nicht bestätigt. Es hat sich herausgestellt, dass bei Corpuscarcinom wohl die Neigung geringer ist, in continuo sich zu verbreiten, dass dafür aber eine grössere Neigung zu metastatischer Verbreitung vorhanden ist.

Endlich sei noch erwähnt, dass Schultze davor warnt, man möge sich durch die günstigen Resultate der Operation nicht verleiten lassen, immer gleich das ganze Organ zu entfernen. Nach den Erfahrungen

Schröder's und Braun's sei die Prognose quoad recidivum bei der hohen Amputation der Cervix uteri durchaus nicht ungünstig, die Gefahren der Operation entschieden geringer. Nur wenn man beim Versuche sie auszuführen das Peritoneum eröffnet, soll die Operation gleich als Totalexstirpation beendigt werden, da jetzt die Gefahren die gleichen wie bei Totalexstirpation, die Prognose quoad recidivum doch schlechter sei.

Diesen Auseinandersetzungen füge ich zwei Fälle an, dieselben sind auch in anderen als in den erörterten Beziehungen lehrreich. Sie sind mir von Herrn Professor Dr. Küstner gütigst überlassen worden. Beobachtet und operirt sind sie von Herrn Professor Küstner in seiner Privatklinik.

1. Frau N. aus J., 45 Jahre alt, hat 5mal geboren, stets leicht. Wochenbetten angeblich gesund, N. will bis zu ihrem 43. Jahre die Periode regelmässig, wenn auch in der letzten Zeit etwas spärlicher gehabt haben.

Allmählich wurden die Blutungen, was die Zeitdauer und die Intensität betrifft, unregelmäßiger in der Art, dass die Kranke seit vielleicht $1^1/_2$ Jahren häufiger blutet und selten ganz frei von Blutung ist. Ausser einem angeblichen Herzfehler keine weiteren Beschwerden.

Befund an den Genitalien ergiebt: Scheide glatt, die Portio vaginalis in ein etwa 4 cm im Durchmesser haltendes Geschwür verwandelt, dasselbe prominirt nicht erheblich über das Niveau des Scheidengewölbes hinaus. Aeusserer Muttermund etwa in der Mitte des Geschwürs zu entdecken. Um dieses Geschwür herum fühlt man

die sonst gesund aussehende Schleimhaut der Vagina besetzt mit einer spärlichen Anzahl von höchstens hirsekorngrossen, härtlichen Prominenzen, welche bei der Ocularinspection kaum zu bemerken sind; sie präsentiren sich als noch etwas blassere Punkte auf dem schon sehr blassrothen Grunde des Scheidengewölbes. Uterus liegt anteflectirt, ist etwas vergrössert. Die cervicale Partie ist nach rechts und hinten etwas fester fixirt und setzt sich von der Portio vaginalis aus eine härtere Gewebspartie in das rechte, kurze Parametrium hinein fort.

Am 4. Juni 1886 nach genügender Präparation des Darmkanals und der Körperoberfläche mit Rücksicht auf Antiseptik, Narkose. Da wegen der rechtsseitig sitzenden Fixation die Hervorziehung des Uterus bis in die Vulva erheblich erschwert ist (vergeblich suchte Operateur mit der Brenneke'schen Uterus-Klammer zu helfen, die Einführung gelang ja leicht, doch liess in diesem Falle, wie auch in früheren, die Fixation des Uterus durch die Klammer ausserordentlich viel zu wünschen übrig), wird der Damm bis zum Sphincter recti median incidirt. Aufschneiden des Douglas'schen Raumes, Abfluss eines Esslöffels strohgelber Flüssigkeit. Darauf Umschneidung des Geschwürs, Abschieben der Blase und successive Unterbindung, respective Abtrennung des Uterus vom linken Ligamentum latum; nachdem dasselbe etwa bis zur Hälfte abgetrennt ist, wird das Corpus uteri retroflectirt und in dieser Position die Abtrennung des Restes besorgt.

Das rechte Ligamentum latum macht enorme Schwierigkeiten, das Carcinom geht in demselben bis ganz an die Beckenwand heran, und obschon Operateur tief im Ligament unterband und abtrennte, hatte derselbe nach Beendigung der Operation nicht das befriedigende Bewusstsein, auf der rechten Seite vollständig im Gesunden operirt zu haben.

Nach Auslösung des Uterus liess Operateur die Fäden lang in die Vagina hinein hängen; von der Scheidenwunde wird nichts durch Sutur vereinigt.

Dauer der Operation 3 Stunden 18 Minuten. Konvalescenz tadellos, Temperatur, welche unmittelbar nach der Operation 34,6 maass, erhebt sich am 9. Juni Abends auf 37,9, um sich weiterhin konstant unter 37,6 zu halten. Nur am 18. Juni erfolgt eine Steigerung bis auf 38,1, kurz darauf erfolgt die erste Defäcation und die Temperatur sinkt von Stunde ab definitiv auf 37,5 und darunter. Entlassen am 30. Juni. Bis dahin sind immer Fäden aus der Vagina abgegangen, mit einer Anzahl Fäden ist die Kranke entlassen worden.

Am 8. Juli Morgens wird Hrn. Prof. Dr. Küstner plötzlich der Tod der Genesenen gemeldet; sie habe sich am Abend vorher absolut wohl gefühlt, gesund zu Bett gelegt, des Morgens sei sie von den Angehörigen todt im Bette gefunden worden.

Sektion ergiebt Berstung eines grossen Aneurysmas des Aortenbogens als Todesursache.

Abdominaler Befund: Im Abdomen etwa 100 ccm einer klaren, etwas blutig gefärbten Flüssigkeit. Im

Becken ist eine Dünndarmschlinge mit dem Beckenboden, genau an der Stelle, an welcher der Uterus excidirt ist, verklebt, linkes Ovarium, linker Tubenstumpf und linkes Parametrium ohne jede Spur von Härte oder Infiltration. Im Stumpfe des rechten Ligamentum latum eine haselnussgrosse Härte, welche auf ihrem Querschnitte aus einzelnen kleinen Löchern Spuren von Eiter entleerte. Im Laquear vaginae, wie schon bei der ersten Untersuchung gefunden worden war, hirsekorngrosse, multiple Indurationen; dieselben werden mikroskopisch untersucht und als Carcinome angesprochen. In der linken Niere ein nicht mehr frischer hämorrhagischer Infarct; in der Corticalis der rechten Niere ein erbsengrosses, blendend weisses Knötchen, carcinomatöse Metastase.

Hervorragendes Interesse beanspruchen bei diesem Sectionsbefund 2 Punkte:

1) Die Art und Weise, wie der Abschluss der nach der Operation nach unten offen gebliebenen Scheidenwunde in der weiteren Konvalesenz sich gestaltet hatte. Ohne dass irgend welches Fieber aufgetreten war, ohne dass die entferntesten Symptome von Sepsis in der Konvalescenz zu verzeichnen gewesen wären, hatte sich eine Dünndarmschlinge über die Scheidenwunde gelegt und war mit derselben verklebt.

Es gibt uns dieser Fall also ein Bild, wie und unter was für Umständen Verlöthungen im Peritonealraum zu Stande kommen:

Dass es nur des Wundseins der einen Fläche

bedarf, um die Verlöthung dieser mit einer zweiten, also noch Endothel tragenden zu Stande kommen zu lassen. Es bedarf nicht des Dazukommens weiterer Momente, wie sie in der Diskussion am ersten Tage des Gynäkologenkongresses in München erwähnt wurden, und wie sie in „Sepsis", in „Aetzungen" etc. bestehen sollten; andrerseits aber lehrt dieser Befund, dass man, wenn irgend möglich, auch nach der Totalexstirpation dem vorbeugen soll, dass solche Verlöthung mit der Scheidenwunde stattfindet.

Diese Verlöthungen können später äusserst gefährlich werden. Sie werden natürlich im weiteren Verlaufe nur fester, nie loser. Es bedarf nur eines gelegentlichen Meteorismus oder Darmkatarrhes, um eine spitzwinklige Abknickung des Darmrohres an dieser Stelle zu bewirken und einen lebensgefährlichen Ileus zu erzeugen.

Schultze hat einen Fall von Totalexstirpation nach Monaten auf diese Weise verloren. Vorzubeugen wäre solchen Verklebungen natürlich nur durch eine möglichst exakte Naht des Scheidengewölbes.

2) Ist an diesem Befund interessant die eigenthümliche Metastasenbildung im Scheidengewölbe. Makroskopisch gewährten die oben erwähnten hirsekorngrossen Knötchen etwa das Bild der Erosions herpétiformes der Franzosen (von Boivin et Dugès auf Tafel 27 ihres Atlas auch als concrétion granulée abgebildet). Das Mikroskop zeigte, dass diese „Knötchen" sämmtlich Carcinome waren, aber nicht von der Epitheldecke

ausgehend, sondern unter derselben liegende metastatische Knoten, welche das gesunde, darüber liegende Epithel in die Höhe gehoben hatten.

II. Pauline Lindner aus G. 42 Jahre alt, Gärtnerfrau, hat zweimal leicht geboren, leidet seit höchstens einem halben Jahre an sehr starker Regel, dieselbe halte mitunter 14 Tage lang an. Ueber atypische Blutung anderer Art kann Patientin nichts angeben; ausser der Zeit besteht etwas weisser Fluss.

Befund: Scheide weit, Portio vaginalis ein pilzförmiger Tumor mit einem Durchmesser von 3 $^1/_2$ cm. Weitere Untersuchung ergiebt, dass im Wesentlichen die vordere Lippe an dem Tumor betheiligt ist; dass dagegen die hintere Lippe annähernd normal beschaffen, höchstens adenomatoes degenerirt ist. Aeusserer Muttermund liegt ganz in der hinteren Hälfte des Tumors, Uterus normal, nicht vergrössert, Parametrien zart, Ovarien von normaler Konsistenz, Grösse und Lage.

Am 10. Juni Narkose. Totalexstirpation in typischer Weise, wie im vorigen Falle, nur mit dem Unterschiede, dass während der Operation Uterus nicht retroflektirt, sondern in situ herausgenommen wurde. Dauer der Operation $^3/_4$ Stunden.

Konvalescenz wie im vorigen Falle ohne Störung. Die Temperatur erhebt sich am 12. und 14. Juni einmal auf 38,1, um von da an definitiv unter 37,5 zu sinken.

Entlassung am 30. Juni. Am 10. Juli stellt sich die Kranke wieder vor. Bei völligem Wohlbefinden hat

Patientin nur noch über die in der Vagina hängenden Fäden und den konsecutiven Ausfluss zu klagen. Durch einen gelinden Zug werden sämmtliche Fäden entfernt. Eine schmale Narbe, an den Rändern mit rothen, gut aussehenden Granulationen besetzt, schliest in einer Breiten-Ausdehnung von etwa 5 cm die Scheide nach oben zu ab.

Die genauste Exploration ergiebt nirgends Härten oder Infiltrationen.

Am 16. März 1887 stellt sich Patientin Herrn Prof. Küstner wieder vor. Sie sieht wohl aus, hat sehr viel Panniculus adiposus angesetzt und hat keine Klage. Nur die Periode sei nicht wiedergekommen.

Aus der strahlenförmigen Narbe im Scheidengewölbe läuft ein Tropfen Blut, nach vorn von derselben, nach der Blase zu eine haselnussgrosse Härte, also unzweifelhaftes Recidiv. Im Abdomen Nichts abnormes. Das Recidiv soll am nächsten Tage von Herrn Prof. Küstner exstirpirt werden.

Herrn Professor Dr. Küstner beehre ich mich hiermit für gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Ziegenspeck für freundliche Unterstützung bei der Verwerthung desselben meinen innigsten Dank abzustatten.
